

# COMMISSION DEPARTEMENTALE DE REFORME DES AGENTS DE LA FONCTION PUBLIQUE TERRITORIALE

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS

À remplir par l'employeur et à transmettre à l'adresse suivante :  
Centre de gestion de la Fonction Publique Territoriale du Nord  
Secrétariat de la Commission Départementale de Réforme  
14 rue Jeanne Maillotte - BP 1222 - 59013 LILLE Cedex  
☎ 03.59.56.88.64/65 - 📠 03.59.56.88.96

### OBJET DE LA DEMANDE :

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ACCIDENT DU TRAVAIL                | <input type="checkbox"/> MALADIE PROFESSIONNELLE  |
| <input type="checkbox"/> ALLOCATION TEMPORAIRE D'INVALIDITE | <input type="checkbox"/> RETRAITE POUR INVALIDITE |
| <input type="checkbox"/> ALLOCATION D'INVALIDITE TEMPORAIRE | <input type="checkbox"/> TIERCE PERSONNE          |

✉ Personne en charge du dossier : NOM - Prénom : .....

☎ : .... Poste n° .....

📠 : .....

COLLECTIVITE : .....

NOM MARITAL : ..... NOM DE JEUNE FILLE : .....

PRECISER LE NOM DE FAMILLE PRECEDENT (si divorce ou remariage) : .....

PRENOM : ..... DATE DE NAISSANCE : .....

ADRESSE PERSONNELLE DE L'AGENT : .....

INDIQUER LE REGIME DE PROTECTION SOCIALE DE L'AGENT : .....

N° DE SECURITE SOCIALE : .....

DATE D'ENTREE DANS L'ADMINISTRATION POUR LES AGENTS CONTRACTUELS : .....

DATE DE TITULARISATION DANS LES CORPS ET GRADE ACTUELS : .....

STATUT  FONCTIONNAIRE TITULAIRE  FONCTIONNAIRE STAGIAIRE  
 O.P.A  CONTRACTUEL

CATEGORIE ..... CORPS ET GRADE ACTUELS : .....

NATURE EXACTE DES FONCTIONS : .....

LIEU D'EXERCICE DES FONCTIONS : .....

PRECISER LE NOMBRE D'ANNEES VALABLES (en cas d'une saisine pour retraite invalidité) : .....

ORGANISME DE RETRAITE DE L'AGENT (SI CNRACL INDIQUER LE N°) : .....

DATE DE L'ACCIDENT OU DE LA MALADIE PROFESSIONNELLE : .....

RECHUTE :

OUI : INDIQUER LA DATE : .....

NON

CIRCONSTANCES : .....

.....

.....

.....

NATURE ET SIEGE DES LESIONS : .....

AU COURS DE SA CARRIERE, LE FONCTIONNAIRE A-T-IL DEJA OBTENU UN TAUX D'I.P.P.?

OUI : INDIQUER LE TAUX D'I.P.P. MEME SI INFERIEUR A 10 % : .....

NON

Arrêt de travail initial	du :	au :	Soins	du :	au :
--------------------------	------	------	-------	------	------

Prolongation (s)	du :	au :	Prolongation (s)	du :	au :
Prolongation (s)	du :	au :	Prolongation (s)	du :	au :
Prolongation (s)	du :	au :	Prolongation (s)	du :	au :
Prolongation (s)	du :	au :	Prolongation (s)	du :	au :

Arrêt de travail pour rechute	du :	au :	Soins pour rechute	du :	au :
-------------------------------	------	------	--------------------	------	------

Prolongation (s)	du :	au :	Prolongation (s)	du :	au :
Prolongation (s)	du :	au :	Prolongation (s)	du :	au :
Prolongation (s)	du :	au :	Prolongation (s)	du :	au :
Prolongation (s)	du :	au :	Prolongation (s)	du :	au :
Prolongation (s)	du :	au :	Prolongation (s)	du :	au :

SI EXPERTISE, EN INDIQUER LA DATE ET LE NOM DU MEDECIN EXPERT : .....

REPRISE DU TRAVAIL :

OUI : INDIQUER LA DATE DE CONSOLIDATION OU DE GUERISON : .....

NON

OBSERVATIONS EVENTUELLES DE L'ADMINISTRATION : .....

FAIT A :

LE :

**JOINDRE OBLIGATOIREMENT A CET IMPRIME :**



LA DECLARATION D'ACCIDENT DU TRAVAIL ACCOMPAGNEE DE OU DES ATTESTATION(S) DE TEMOIN(S), DU CERTIFICAT MEDICAL INITIAL OU DE RECHUTE ET LES PROLONGATIONS.

OU



LA DECLARATION DE LA MALADIE PROFESSIONNELLE ACCOMPAGNEE DE LA FICHE DE POSTE DETAILLEE DE L'AGENT, DE L'AVIS DU MEDECIN DE PREVENTION, DU CERTIFICAT MEDICAL DE LA CONSTATATION DE LA MALADIE ET DE L'EXPERTISE DU MEDECIN AGREE DE LA FONCTION PUBLIQUE.